

тіотриазолін має виражену гіпохолестеринемічну, гіпотригліцеридемічну, гіпо- β -ліпопротеїдемічну, а також антиоксидантну дію. Гіполіпідемічний ефект проявляється і зберігається протягом усього курсу лікування. Препарат добре переноситься хворими і сумісний з базисними препаратами терапії ІХС. Тільки в 1 хворого (3,0%) була відзначена алергічна реакція у вигляді кропивниці, яка після відміни препарату зникла. Застосування тіотриазоліну в якості антиатеросклеротичного препарату має широкі перспективи в кардіології. Тіотриазолін слід розглядати як засіб патогенетичної терапії атеросклерозу.

Література.

1. Андреева Л.И. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой/ Л.И. Андреева, Л.А. Кожемякин, А.А. Кишкун// Лаб. дело.- 1988.- №11.- С. 41-46.
2. Биленко М.В. Ишемическое и реперфузионные повреждения органов/ М.В.Биленко// М.: Медицина, 1989.- С. 130-131.
3. Коган В.С. Проблема анализа эндогенных продуктов перекисного окисления липидов/ В.С.Коган.- М.: Медицина, 1986.- 287 с.
4. Колб В.Г. Справочник по клинической химии/ В.Г.Колб, В.С. Камышников.- К.: Беларусь, 1982.- С. 206-2-8, 223-224,241-242.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КАРДИОЛОГИИ

Белай И. М., Резник Я. Ю., Белай Н.Н., Пругло Е.С., Стец Р.В.,
Райкова Т.С., Салионова В.И., Остапенко А.А., Красько Н.П.,
Демченко В.О., Резниченко Ю.Г., Сериков В.И.

Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье

Неблагоприятные последствия приема лекарственных средств более чем в 50% случаев вызваны полипрагмазией, приблизительно в 20% – неправильным выбором препарата и в порядка 13% – неправильной его дозировкой.

Таким образом, установлено, что большинство нежелательных реакций на медикаментозное вмешательство (более чем 80%) происходит в результате нерационального, а под час и неграмотного применения лекарственных средств.

Наиболее частыми причинами нерациональной фармакотерапии являются:

- полипрагмазия (одновременное назначение 7-8 препаратов

для лечения одного заболевания);

- назначение препаратов при отсутствии показаний к их применению (например: использование антибактериальных препаратов при небактериальных инфекциях);
- несоблюдение стандартов лечения конкретной нозологии;
- назначение препаратов с однонаправленным механизмом действия, а также применение лекарственных средств с недоказанной эффективностью;
- «злоупотребление» парентеральным путем введения лекарственных средств, когда в лечении можно использовать пероральные формы препаратов.

Несмотря на прогресс в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, они остаются наиболее частой причиной смертности в большинстве экономически развитых стран. Именно поэтому, хотелось бы остановиться на основных особенностях фармакотерапии в кардиологии.

На сегодняшний день ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) – одни из наиболее широко применяемых препаратов в кардиологии. Их назначение показано при артериальной гипертензии (АГ), сердечной недостаточности (СН), в постинфаркт-ном периоде. Помимо этого доказано их важное значение при лечении пациентов с диабетической нефропатией.

Применение иАПФ в комбинации с диуретиком (тиазидным, тиазидоподобным) считается рациональным. Во-первых, это позволяет добиться снижения дозировки обеих препаратов. Во-вторых, побочные эффекты диуретика обусловлены увеличением натрийуреза, что приводит к «рефлекторной» активации ренин-ангиотензиновой системы, а также способствует гипокалиемии, тогда как иАПФ в этой комбинации оказывает обратное действие (угнетает ренин-ангиотензиновую систему и задерживает калий в организме). Прием иАПФ в комбинации с калийсберегающими диуретиками нецелесообразен, в связи с повышением риска развития гиперкалиемии.

ИАПФ применяется также в комбинации с пролонгированными формами дигидропиридиновых антагонистов кальция. При приеме антагониста кальция возникает вазодилатация, в ответ на которую происходит активация симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиновой систем, что может привести к возникновению тахикардии, аритмии и отекам голеней. ИАПФ как раз блокирует эти системы, нивелируя побочные действия антагонистов кальция.

Неселективные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) могут уменьшать эффект многих гипотензивных лекарственных

средств, в связи с подавлением ЦОГ-1, которая необходима для образования вазодилатирующих простагландинов в почках, что особенно выражено при одновременном приеме с иАПФ.

Помимо иАПФ, к препаратам первой линии в лечении артериальной гипертензии относятся β -адреноблокаторы. Как известно, данная группа препаратов противопоказана при сопутствующей бронхиальной астме и ХОЗЛ. В таком случае возникает вопрос: как поступить, если больной на фоне перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) (прием β -адреноблокаторов показан всем больным перенесшим ИМ) страдает бронхо-легочной патологией? Нам представляется возможным предложить как минимум предпринять попытку назначения селективного β -адреноблокатора, на фоне тщательного контроля состояния пациента.

К побочным действиям β -адреноблокаторов относится нарушение толерантности к глюкозе. Данная группа препаратов может маскировать симптомы снижения сахара крови (такие, как изменение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений). По этим причинам, диабетикам редко назначают β -блокаторы. Однако, если на фоне сахарного диабета, все же не удастся избежать назначения β -блокаторов, пациента необходимо в доступной форме проинформировать о возможности развития гипогликемии. Нацелить его на то, что гипогликемическое состояние, можно заподозрить по усиленному потоотделению. Препаратом выбора в данном случае является атенолол. Так как он в меньшей степени, чем другие бета-блокаторы задерживает подъем сахара крови до нормального уровня.

Бета-блокаторы способны влиять на липидный спектр крови, вызывая повышения уровня триглицеридов. Перед назначением, а также в период приема препарата целесообразно проводить контроль уровня липидов плазмы крови. В случае необходимости – рекомендовано назначение гиполипидемических препаратов (фибраты, статины).

Гиполипидемические препараты – еще одна группа лекарственных средств, которая достаточно широко используется в кардиологии. В настоящее время из всех гиполипидемических средств наиболее широко используются статины и в значительно меньшей степени фибраты, что прежде всего обусловлено отсутствием плеiotропных (нелипидных) свойств у последних.

Метаболизм статинов происходит в основном в печени и частично в кишечнике. Большинство их подвергается ферментативной переработке при участии цитохрома P450 и его изоэнзимов. Многие лекарственные средства являются конкурентными ингибиторами (кетоконазол, циметидин, ранитидин, мибефрадил, амиодарон) или субстратами (циклоспорин, эритромицин, кларитромицин, антагонисты

кальция) изоэнзимов цитохрома Р450. В случае одновременного со статинами поступления в организм они могут способствовать повышению концентрации последних в крови, увеличивать риск рабдомиолиза (наиболее тяжелого осложнения терапии), обусловленного лизисом клеток поперечнополосатой мускулатуры. С другой стороны, одновременное использование индукторов цитохрома Р450 (карбамазепин, барбитураты, дексаметазон, рифампицин) снижает гипохолестеринемические эффекты статинов.

Гиполипидемический эффект статинов преимущественно направлен на снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), но они также обладают умеренной гипотриглицеридемической активностью. Таким образом, если у пациента выявлено одновременное повышение уровня ХС ЛПНП и триглицеридов, изначально можно ограничиться назначением только статина. И только в случае неэффективности, возможно дополнительное назначение фибратов, что сопряжено повышением риска развития побочных эффектов.

Снижение уровня липидов плазмы крови начинается лишь спустя 2 недели от начала лечения статинами, достигая максимума к 4-6 неделе, в то время как для проявления плеiotропных эффектов необходим более длительный прием препарата (месяцы, а иногда и годы). Кроме того, на сегодняшний день считается, что плеiotропные эффекты проявляются при условии снижения уровня ХС ЛПНП на 50% и более от исходного уровня. Для достижения максимальной эффективности терапии, больным необходимо рекомендовать прием статина на ночь, так как синтез холестерина (который тормозится на фоне приема препарата) происходит преимущественно ночью.

Литература

1. Коваленко В.М. Проблема здоров'я та оптимізації медичної допомоги населенню України / В. М. Коваленко, Б. П. Криштопа, В. М. Корнацький — К. : 2002.— 202 с.
2. Кукус В. Г. Проблемы взаимодействия лекарственных средств в кардиологической практике / В. Г. Кукус, А. В. Семенов, Д. А. Сычев // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 20. — С. 1423–1428.
3. Рациональное использование лекарственных средств: ключевые моменты [Электронный ресурс] : Рациональная фармакотерапия (научно-практический журнал для врачей) — 2007 — № 1 (2). — Режим доступа к журналу: <http://rpt.health-ua.com/article/14.html>
4. Рациональное использование статинов в практической кардиологии [Электронный ресурс] / И. А. Либов, И. И. Громова, О. С. Гулькина // Лечащий врач (медицинский научно-практический портал) — 2002. — № 3 — режим доступа к

журналу: <http://www.lvrach.ru/2002/03/4529247/>

5. Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии : [Электронный ресурс] / В. А. Насонова // [Русский Медицинский Журнал](#) – 2002 – Т. 10, № 6. – С 302–307 – Режим доступа к журналу : http://www.rmj.ru/articles_965.htm

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИИ

Белай И. М., Резник Я.Ю., Белай А.И., Пругло Е.С., Райкова Т.С., Стец Р.В., Красько Н.П., Демченко В.О., Резниченко Ю.Г.

Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье

Одна из актуальных проблем современности, с которой столкнулись большинство экономически развитых стран мира – старение нации. По подсчетам отечественных геронтологов к 2018 году 27 % от населения страны будут составлять люди пенсионного возраста.

Инволютивные изменения, происходящие в организме в процессе старения, затрагивают все процессы фармакокинетики и фармакодинамики. С возрастом замедляются процессы поглощения, распределения, метаболизма и выведения лекарственных средств.

Прежде всего, хотелось бы остановиться на основных физиологических особенностях организма в пожилом и старческом возрасте.

В пожилом возрасте снижается секреторная, моторная и всасывательная функция желудочно-кишечного тракта, что может приводить к уменьшению биодоступности препаратов при энтеральном приеме.

Помимо этого для пожилого и старческого возраста характерно снижение содержания воды в организме и количества альбуминов в крови, уменьшение массы большинства органов, числа функционирующих кровеносных сосудов и сужение их просвета, изменение проницаемости гистогематических барьеров, что влияет на распределение лекарственных средств.

С возрастом постепенно уменьшается масса паренхимы печени, снижается ее антитоксическая функция, активность окислительных ферментов. Все это приводит к замедлению метаболизма лекарственных средств, в частности тех, инаktivация которых завершается образованием сульфатов.

Выведение лекарственных средств почками замедляется в связи с ослаблением энергозависимой экскреции через эпителий канальцев, уменьшением числа функционирующих нефронов (у лиц старше 70 лет их